



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Mémoire

# Bien-être psychosocial postopératoire de 207 transsexuels

## *Psychological and sexual well being of 207 transsexuals after sex reassignment in France*

Léa Karpel<sup>a,\*,b</sup>, Bérénice Gardel<sup>a</sup>, Marc Revol<sup>c</sup>, Catherine Brémont-Weil<sup>d</sup>, Jean-Marc Ayoubi<sup>b</sup>, Bernard Cordier<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unité de transsexualisme, service de psychiatrie, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

<sup>b</sup>Service de gynécologie, hôpital Foch, 92150 Suresnes, France

<sup>c</sup>Service de chirurgie plastique, hôpital Saint-Louis, 75010 Paris, France

<sup>d</sup>Service d'endocrinologie, hôpital Cochin, 75014 Paris, France

### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 29 novembre 2011

Accepté le 30 janvier 2012

#### Mots clés :

Chirurgie de réassignation

Psychologie

Suivi postopératoire

Transsexualisme

### R É S U M É

**Introduction.** – Depuis plus de 20 ans, l'unité de transsexualisme de l'hôpital Foch accueille des demandes de changement de sexe. Elles font l'objet d'une évaluation d'au moins deux années, au terme desquelles une commission pluridisciplinaire (composée de psychiatres, psychologues, endocrinologues et chirurgiens) confirmera ou non le diagnostic de transsexualisme et l'indication de transformation hormono-chirurgicale (THC).

**Objectif.** – Le but de cette recherche est d'évaluer le bien-être des patients en postopératoire afin de confirmer la pertinence des décisions hormono-chirurgicales.

**Patients et méthode.** – Nous avons interrogé, rétrospectivement, sur la base d'un autoquestionnaire élaboré par nos soins, tous les transsexuels opérés de 1991 à 2009 après évaluation psychiatrique à Foch, soit 266 transsexuels (un tiers masculin vers féminin [MF] et deux tiers féminin vers masculin [FM]). Le questionnaire interroge leur vie sociale, familiale, sexuelle et professionnelle, ainsi que leur état psychique et physique en postopératoire.

**Résultats.** – Nous avons collecté des données sur 207 sujets (78 %), dont trois sont décédés. Il existe un fort taux d'activité professionnelle 85 % ; 90,5 % de FM contre 73 % de MF ; 9,5 % des FM sont inactifs contre 27 % des MF ; 72 % des FM ont un niveau d'étude supérieur (secondaire ou plus) contre 55 % des MF. Les FM (63,5 %) vivent plus souvent en famille que les MF (40 %). Les MF vivent majoritairement seules (55 %), mais l'ensemble des patients vivent plus souvent en union libre. Seuls 30 % des FM sont mariés, contre 10 % des MF. Les FM vivent majoritairement en couple (61,5 %) contre 41 % de MF. Les FM ont majoritairement des enfants par don de sperme. Peu de patients adoptent. Ils sont nombreux à élever les enfants de leur conjoint(e). La vie sociale des patients s'est globalement améliorée pour les deux groupes, sauf certains MF (10 %) qui souffrent de rupture familiale et amicale. La vie sexuelle s'est améliorée pour 73 % des MF et pour 56 % des FM car peu ont pratiqué une phallo-plastie (40 %) et la pose d'une prothèse érectile (24 %) ; 86 % s'estiment en bonne santé physique et psychique. Le taux de mortalité est faible : 1,5 %. Deux décès sont dus à un cancer et l'autre à un suicide (0,5 %). Les patients (92,5 %) observent un bon suivi médical postopératoire, soit par un endocrinologue (66,5 %), soit par un généraliste (26 %), et/ou par un psychiatre ou psychologue (8 %). Le taux de morbidité psychiatrique postopératoire est de 3 % et d'utilisation de toxique chez 2 %, tous des FM. Les délits en postopératoire ne sont le fait que de FM (7 %). Soixante pour cent des patients sont satisfaits de la chirurgie, 25 % sont insatisfaits et 15 % sont mitigés. Soixante et onze pour cent des patients imputent leur insatisfaction au manque d'esthétisme, et 46 % au manque de fonctionnalité ; 83,5 % des patients ont changé leur état civil, 14,5 % sont en cours. Deux patients (MF) n'ont jamais demandé de changement d'état civil, ils disent regretter. L'un d'eux a d'ailleurs demandé à revenir à son sexe de naissance. Quatre-vingt-quinze pour cent des patients n'expriment aucun regret ; 4,5 % ont ressenti parfois un regret, surtout au vu des résultats chirurgicaux.

**Conclusion.** – Dans leur majorité, les patients expriment un bien-être psychologique et sexuel après opération. Cependant, on note une meilleure insertion sociale et familiale parmi les FM et une meilleure satisfaction chirurgicale et sexuelle chez les MF.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [l.karpel@hopital-foch.org](mailto:l.karpel@hopital-foch.org) (L. Karpel).

ABSTRACT

**Keywords :**  
Postoperative follow-up  
Psychology  
Sex reassignment  
Transsexualism

**Introduction.** – For over 20 years, the unit of transsexualism of Foch Hospital receives requests for sex reassignment surgery (SRS). The requests are evaluated during a period of at least 2 years after which a multidisciplinary committee (composed of psychiatrists, psychologists, endocrinologists and surgeons) confirm or not the diagnosis of transsexualism and the indication of hormonal and surgical treatment.

**Objective.** – Assessment of the well being of patients after surgery in order to confirm the adequacy of the hormonal and surgical decision.

**Patients and method.** – We surveyed retrospectively, on the basis of a self-administered questionnaire developed by us, 266 transsexuels (one third of MtF and two thirds of FtM) who did the surgery from 1991 to 2009 after a psychiatric evaluation in Foch hospital. The questionnaire inquires the social, familial, sexual and professional life of each patient, as well as their mental and physical state after surgery.

**Results.** – We collected data on 207 individuals (78%), but three are dead. In this population, there is a high rate of professional activity (85%), 90.5% of FtM against 73% of MtF. Only 9.5% of FtM are professionally inactive against 27% of MtF. Seventy-two percent of FtM have a high level of education (high school diploma or higher) against 55% of MtF. FtM (63.5%) live more often in families compared to MtF (40%). MtF live mainly alone (55%). Thirty percent of the FtM are married against 10% of MtF. The majority of FtM are sharing their lives with a partner, 61.5% against 41% of MtF. Most of FtM become fathers thanks to a sperm donation and few by adoption. Many of them are raising the children of their partners. The social life of the patients has generally improved for both groups except for some MtF (10%) who broke off the relationship with their families and friends. Sex life has improved for 73% of MtF and for 56% of FtM, this due to a small number of FtM who practiced a phalloplasty surgery (40%) or an insertion of an erectile prosthesis (24%). Eighty-six percent consider themselves in a good physical and mental health. The mortality rate is low: 1.5%. Two people died of cancer and one committed suicide (0.5%). In majority, patients (92.5%) profit from a medical follow-up by an endocrinologist (66.5%), or by a general practitioner (26%) and/or by a psychiatrist or a psychologist (8%). The rate of psychiatric morbidity after surgery is of 3% and the use of toxic is of 2%, both concerning only FtM. Seven percent of FtM were pursued by law. Sixty percent of the patients are satisfied with the surgery, 25% are dissatisfied and 15% have an ambivalent opinion. Seventy-one percent of the patients attribute their dissatisfaction to an insufficient result from an aesthetic point of view and 46% from a functional point of view. About 83.5% of the patients officially changed their sex in their civil status, 14.5% are still in process. Two patients (MtF) have never asked for a change of their civil status because of their deep regret of the SRS. One of them has also asked to return to his sex of birth. Ninety-five percent of patients do not express any regret. About 4.5% felt some regret given the results of the surgery.

**Conclusion.** – The majority of patients express a sexual and psychological well being after surgery. However, a greater number of FtM are satisfied with their social and family life, whereas a greater number of MtF is satisfied with the result of the surgery and their sexual life.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Depuis 20 ans, le service de psychiatrie de l'hôpital Foch accueille des demandes de changement de sexe de toute la partie nord de la France. Il respecte le protocole établi par une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, endocrinologues et chirurgiens) exerçant en milieu hospitalier public et ayant acquis une expérience dans la prise en charge des transsexuels. Ce protocole, présenté au « candidat », l'avertit qu'il s'agit avant tout d'une démarche diagnostique, médicale et psychologique, qui consistera à rechercher s'il souffre effectivement d'un trouble de l'identité de genre et de ses éventuelles conséquences psychosociales. Durant une période d'observation d'au moins deux années, aucune décision thérapeutique irréversible ne sera prise. Si, à l'issue de cette évaluation, le transsexualisme du patient est avéré et que l'indication d'une transformation hormono-chirurgicale (THC) est posée, l'équipe pluridisciplinaire s'y engage. Ce protocole n'a pas de base légale et peut évoluer. Il repose actuellement sur l'expérience des praticiens, mais il est aussi reconnu par la Sécurité sociale, la Haute Autorité de santé et les tribunaux.

## 2. Évaluation psychiatrique

Durant cette période de deux ans, le patient fait le récit au psychiatre du refus de son genre et de son souhait d'en changer. Le psychiatre établit l'histoire du patient et de sa dysphorie de genre. Il est souhaitable qu'un proche parent du patient puisse

s'entretenir avec le psychiatre sur l'évolution du trouble identitaire. Il ne s'agit pas d'obtenir un acquiescement du parent, mais plutôt d'évoquer les possibles manifestations précoces de cette dysphorie de genre et de répondre aux inquiétudes du parent. Au terme de la première année, le patient rencontre l'endocrinologue de l'équipe, un bilan de santé complet est réalisé, puis le ou les chirurgiens ainsi qu'une psychologue clinicienne. Il rencontrera éventuellement un autre psychiatre afin qu'il donne un deuxième avis sur sa demande. Une fois ce parcours achevé, la demande du patient est présentée par le psychiatre à la « commission » pluridisciplinaire composée des psychiatres, endocrinologues, chirurgiens et psychologues de l'équipe parisienne de transsexualisme. La commission peut donner son aval, refuser, ou surseoir à cette requête. L'âge du demandeur n'est pas un critère d'exclusion. Les mineurs sont acceptés, mais aucun acte irréversible ne peut être réalisé avant leur majorité. Aucun critère de type social n'interfère dans les décisions : prostitution, chômage, exclusion sociale ou infection au VIH ne constituent pas un motif de refus. Seuls les cas de parents d'enfants mineurs à charge sont objet de réticence. L'évaluation psychiatrique sert donc à confirmer l'existence du transsexualisme et à poser l'indication de la THC.

## 3. Définition du transsexualisme

Le transsexualisme apparaît précocement dans la vie d'un sujet. Il concerne l'incongruence entre le sexe de naissance et le genre

vécu. Le terme de transsexualisme fut utilisé par H. Benjamin, endocrinologue et sexologue en 1953. Délire partiel pour Delay [3], défense contre l'homosexualité, psychose pour les psychanalystes lacaniens [3] ou trouble de l'identité de genre pour Stoller [3], les appréciations de ce symptôme divergent. Au demeurant, la définition descriptive issue de l'OMS<sup>1</sup> peut nous servir de base de travail : « Il s'agit du désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne souvent d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. Pour faire ce diagnostic, l'identité de type transsexuel doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins deux ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique. »

Ce trouble de l'identité sexuelle débute le plus souvent dans l'enfance. Il ne faut pas le confondre avec le transvestisme fétichiste. Nous n'avons encore aucune hypothèse étiologique, ni psychiatrique, ni familiale, ni culturelle, ni biologique, ni même sexuelle pour expliquer le développement du transsexualisme.

### 3.1. Première étape : la transformation hormonale

Pour les hommes de naissance, un traitement hormonal bloque l'action de la testostérone : de faibles doses suppriment les érections puis des doses croissantes d'œstrogènes féminisent l'apparence (développement mammaire et diminution de la pilosité).

Pour les femmes de naissance, avant le délai des deux ans, les hormones suppriment les règles, puis après l'accord de la commission, les androgènes virilisent le corps (développement de la pilosité, de la musculature et mue de la voix).

### 3.2. Deuxième étape : la transformation chirurgicale (prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale après accord de la commission)

Pour les hommes de naissance, la vaginoplastie consiste en un retournement de la verge (en doigt de gant) afin de créer le néovagin et le néoclitoris, puis l'on crée les petites et grandes lèvres. Une augmentation mammaire peut être pratiquée en même temps.

Pour les femmes de naissance, on pratique une mastectomie bilatérale puis une hystérectomie et une ovariectomie bilatérale. La phallopoïèse – création d'une verge à partir de lambeaux de peau, puis la création du gland et des bourses – est à la demande du patient. Le clitoris est conservé. Il peut également demander la pose d'une prothèse érectile et une urétroplastie (déviation urinaire pour uriner debout).

## 4. But de la recherche

Après plus de 20 ans d'application de ce protocole auprès des demandeurs de changement de sexe, l'équipe se pose la question du devenir des patients transsexuels opérés. Cette recherche vise à évaluer le bien-être psychique, physique et social des patients, après la chirurgie.

### 4.1. Méthodologie

Nous avons recensé tous les transsexuels MF opérés après évaluation de l'équipe psychiatrique de Foch de 1991 à 2009. Sept cent patients ont consulté l'unité de transsexualisme de l'hôpital

Foch en plus de 20 ans, tous n'ont pas persévéré dans leur demande. Finalement, 266 patients ont bénéficié de la THC.

Nous avons envoyé un questionnaire, établi par nos soins, aux 266 patients opérés, portant sur leur devenir biopsychosocial. Il leur a été proposé d'y répondre par courrier, par téléphone ou par entretien en face à face avec la psychologue en charge de la recherche. Le courrier ne faisait mention ni du terme « transsexualisme » ni d'aucun autre terme diagnostique.

### 4.2. Le Questionnaire

Il contient dix points clés : la vie professionnelle actuelle, le niveau d'étude, la profession et l'emploi actuel ; la vie conjugale actuelle, sa qualité et sa durée ; la vie familiale actuelle et passée, le mode de vie actuel, la composition de la famille et le mode d'accès à la parentalité ; la vie sociale actuelle, c'est-à-dire l'évolution des relations avec les proches depuis l'opération (parents, fratrie, amis et collègues) ; la vie sexuelle actuelle ; la satisfaction chirurgicale sur le plan esthétique et fonctionnelle ; l'état psychique actuel, les éléments dépressifs, anxieux, suicidaires ou psychopathiques ; l'état physique actuel, l'état physique général et le suivi médical ; le suivi médical spécialisé, endocrinologue et/ou psychiatrie ; la situation juridique, le changement d'état civil et d'éventuels problèmes judiciaires.

## 5. Les résultats

### 5.1. La population

À la fin de l'année 2009, on comptait 266 patients transsexuels évalués à l'hôpital Foch et opérés entre 1991 et 2009 par l'équipe parisienne. Cette population est composée pour un tiers de MF (35 %) et pour deux tiers de FM (65 %), soit un ratio de 2 FM pour 1 MF. L'âge moyen des patients au moment de l'opération est de 33 ans (29 ans chez les FM). Le plus jeune opéré avait 21 ans (FM) et le plus âgé 65 ans (MF). Le plus jeune patient a consulté à 16 ans pour être opéré à 21 ans. Le temps moyen d'évaluation psychiatrique préopératoire est en moyenne de trois ans et demi (un à 19 ans).

### 5.2. Les réponses

Sur les 266 patients opérés, nous avons obtenu un taux de réponse de 76,5 %, avec 204 questionnaires analysés. Nous n'avons pas retrouvé les adresses de 36 patients. Le taux de perdus de vue est donc de 13,5 %. Sept pour cent des patients n'ont pas répondu malgré trois relances. Deux patients ont directement refusé de répondre à notre questionnaire. Nous déplorons trois décès (1,5 %) dont un seul par suicide (MF). Nous avons donc obtenu les données sur le devenir de 207 patients sur 266 (78 %). L'âge moyen des patients à la réception du questionnaire est de 40 ans (24 à 65 ans). En moyenne, il s'est écoulé six ans et demi (un à 19 ans) entre la chirurgie et l'enquête.

### 5.3. L'insertion professionnelle

	Actifs <sup>2</sup> (%)	Inactifs (%)
FM	90,5	9,5
MF	73	27
Population étudiée	85	15

La population des FM est mieux insérée professionnellement que la population des MF. Les MF sont trois fois plus inactives (27 %) que les FM (9,5 %).

<sup>1</sup> On trouve le transsexualisme sous le point F64 intitulé « Trouble de l'identité sexuelle ».

<sup>2</sup> Les actifs comprennent ceux qui sont en recherche d'emploi selon l'Insee.

	Total (%)	FM (%)	MF (%)
CDI	47,5	56	31
Chômage	11,5	9,5	16
CDD	9	9,5	7,5
À leur compte	8	8	7
En invalidité	8	3,5	17,5
Formation	4,5	4,5	4,5
Intérim	2	2	1,5
Sans emploi	2	1	4,5
Revenu de solidarité active (RSA)	2	2	1,5
Retraite	1,5	1	3
Intermittent du spectacle	1,5	1,5	1,5
Arrêt maladie	1,5	1,5	1,5
Bénévole	1	0	3

La majorité des patients travaillent (68 %) : soit en CDI (47,5 %), soit en CDD (9 %), soit en intérim (2 %), soit à leur compte (8 %) ou comme intermittent du spectacle (1,5 %). Cependant, ils sont 78 % des FM dans ce cas et 48,5 % des MF. L'écart de 30 points en faveur des FM se retrouve dans la stabilité du travail : plus de CDI parmi les FM (56 %) et plus de patients en invalidité parmi les MF (17,5 %).

Ces résultats sont à analyser aussi en fonction du niveau d'étude<sup>3</sup> :

	Primaire (%)	Secondaire (%)	Universitaire (%)
FM	28	41	31
MF	45	35	20
Total de la population	34	39	27

Les FM ont majoritairement un niveau d'étude supérieur à celui des MF. Soixante-douze pour cent des FM ont atteint un niveau d'études secondaires ou plus, alors que les MF ne sont que 55 %.

#### 5.4. Vie familiale

La majorité des patients (55,5 %) ont une vie familiale<sup>4</sup> (en couple avec ou sans enfant), et 44,5 % sont célibataires. Les FM sont plus nombreux (63,5 %) à avoir une vie familiale que les MF (40 %). Les MF sont plus nombreuses à être célibataires : 60 contre 36,5 % des FM.

#### 5.5. Vie au foyer

Les patients vivent majoritairement en famille (55,5 %) : soit seulement en couple (28,5 %), soit avec des enfants (27 %). Cependant, les FM (63,5 %) sont plus nombreux à vivre en famille que les MF (40 %). Les MF (13 %) sont beaucoup moins nombreuses à vivre avec des enfants que les FM (35,5 %). Ils sont cependant aussi nombreux à vivre en couple dans les deux groupes (27 %). Les MF sont plus nombreuses à vivre seules (55 %) que les FM (30,5 %). Cinq pour cent des patients vivent avec leurs parents et 1 % en colocation, sans différence entre les deux sexes.

#### 5.6. État matrimonial légal

	Marié (e)s (%)	Célibataires (%)	Union libre (%)	Pacsé (e)s (%)	Sé paré (e)s (%)	Divorcé (e)s (%)	Veuf
FM	30,5	29,5	29,5	1,5	3	5	n = 2
MF	10	55	29	3	n = 1	n = 1	0
Total	23,5	38	29,5	1,5	3	4	2 FM

<sup>3</sup> Le niveau d'étude primaire se détermine par une scolarité jusqu'en troisième, le niveau d'études secondaires par une scolarité du BEPC jusqu'en terminale et le niveau d'étude universitaire par une scolarité à partir de l'obtention du baccalauréat et au-delà.

<sup>4</sup> Selon l'Insee, une famille est constituée soit d'un couple, marié ou non, avec son ou ses enfants, soit d'un adulte avec son ou ses enfants.

La plupart des patients ont un statut légal de célibataire (38 %), soit 55 % de MF contre 29,5 % de FM. Le deuxième groupe le plus important (29,5 %) vit en union libre, sans différence notable entre les deux sexes. Puis, vient le groupe des patients mariés : ils sont majoritaires chez les FM (30,5 %) contre 10 % chez les MF. Quant aux taux de pacs, de divorces, de séparations, ou de veuvages, il est minime pour les deux populations. Bien que la majorité des patients (54,5 %) aient une vie de couple, il existe encore une différence significative : 61,5 % des FM ont une vie de couple contre 41 % des MF.

#### 5.7. Qualité de la vie conjugale

Nous avons demandé aux patients d'évaluer la qualité de la relation conjugale qu'ils entretenaient au moment de l'enquête. La majorité (60,5 %) des patients estiment leur relation conjugale bonne, voire très bonne, sans différence notable entre les deux sexes. Ils sont 11 % des FM et 7 % des MF à l'estimer mauvaise. La différence se joue sur l'absence de relation conjugale : 26,5 % des FM déplorent son absence contre 35 % des MF ; 29,5 % des personnes de cette population ne connaissent actuellement aucune relation conjugale stable, ce qui nous paraît élevé. La longévité moyenne des unions est similaire dans les deux groupes : de cinq années en moyenne, avec des extrêmes allant de une à 29 années.

#### 5.8. Parentalité et mode de procréation

Cela est comme suit :

- trois MF étaient pères (dans un ancien couple hétérosexuel) avant l'opération ;
- 29 % des patients interrogés sont le parent social et/ou légal de(s) enfants qu'ils élèvent avec leur conjoint. Cinquante-neuf transsexuels opérés de notre étude sont donc parents ou beaux-parents ;
- cinq couples ont adopté un ou des enfants, âgés de six à 22 ans (quatre F/M et un M/F) ;
- 35 enfants sont nés par don de sperme au sein de couples dont les pères sont des FM (26 couples = 11 %) ;
- six couples sont en cours d'insémination avec don de sperme ;
- une patiente MF est en cours d'adoption.

#### 5.9. Vie sociale

Une grande partie des patients (40,5 %) ont vu la relation à leurs parents s'améliorer ou ne point changer (34,5 %), sans différence notable entre les MF et les FM. Cependant, les MF (12,5 %) sont plus nombreuses à avoir rompu tout contact avec leurs parents contre 3 % des FM. Les relations à la fratrie sont restées majoritairement inchangées (43 %), voire améliorées (32,5 %), sans différence notable entre les FM et les MF. Cependant, les MF sont plus nombreuses (11,5 %) à avoir rompu tout contact avec leur fratrie contre 3 % des FM. Les relations aux amis sont restées majoritairement inchangées (50,5 %), voire améliorées (26 %). Cependant, les MF sont plus nombreuses (11,5 %) à avoir vu ces relations se détériorer contre 1,5 % des FM. Les relations aux collègues sont restées majoritairement inchangées (39 %), voire améliorées (16,5 %). Cependant, elles se sont détériorées majoritairement pour les MF (8,5 %) contre 1,5 % chez les FM. Nous notons que certains patients vivent dans le secret de leur changement d'identité. Ce sont les FM qui font le plus secret de leur état ; à leurs amis pour 17,5 % des FM contre 11,5 % des MF ; et à leurs collègues pour 21 % des FM contre 14,5 % des MF. Les relations aux enfants sont le plus souvent placées sous le sceau du secret : 48 % des parents font un secret à leurs enfants, ou ceux qu'ils élèvent, de leur



ancien état biologique. Environ 14,5 % des parents disent qu'ils comptent en parler à leurs enfants. Nous observons qu'une MF a subi une rupture de contact avec ses enfants biologiques nés avant sa transformation. Il n'y a qu'un seul couple qui a révélé franchement à l'enfant le recours au don de sperme, et un autre qui en parle ouvertement devant l'enfant sans avoir consacré un moment de révélation. Vingt-cinq pour cent des parents disent que la relation à leurs enfants n'a pas changé car la transformation était déjà là avant l'opération, voire a été améliorée ( $n = 2$ ).

#### 5.10. Vie sexuelle

Nous leur avons demandé leur opinion concernant leur sexualité depuis la THC.

Sexualité	Améliorée (%)	Inchangée (%)	Inexistante (%)	Détériorée (%)	Refus (n)
MF	73	8,5	10	8,5	0
FM	56	25	17	1	2
Total	62	19	15	3,5	2

Nous notons une amélioration globale de la sexualité pour la majorité des patients (62 %), plus importante chez les MF (73 %) que chez les FM (56 %). Les MF sont aussi plus nombreuses (8,5 %) à se plaindre d'une détérioration de leur sexualité, contre 1,5 % des FM. En effet, certaines MF se plaignent d'un vagin non fonctionnel, trop étroit, trop court, qui rend les rapports sexuels douloureux. Un quart de la population FM estime sa sexualité inchangée depuis l'opération. En effet, pour les FM n'ayant pas eu accès à la prothèse érectile (76 % d'entre eux), le fait de retirer les seins (qui n'est pas une zone érogène pour la plupart d'entre eux) et l'utérus ne change rien à leur sexualité.

#### 5.11. Qualité de la vie sexuelle

Nous avons questionné les patients sur leur perception de la qualité de leur sexualité actuelle.

La majorité des patients (70,5 %) estiment leur sexualité satisfaisante. De nouveau, les MF (82 %) sont plus nombreuses dans ce cas que les FM (64 %). Quant à l'insatisfaction sexuelle, on l'a estimée en cumulant le taux de patients insatisfaits (3,5 %) à ceux s'estimant partiellement insatisfaits (11 %), en tout 14,5 %. Quinze pour cent des patients déplorent l'absence de vie sexuelle.

#### 5.12. État physique et psychique

Il existe un faible taux de mortalité dans la population étudiée (1,5 %). Seuls trois patients sont décédés sur 207<sup>5</sup> patients. Deux décès sont liés à un cancer : l'un des reins et l'autre du côlon. Il n'existe pas, a priori, de lien direct entre la prise d'hormones et ces cancers. Un décès est lié au suicide d'une MF, soit un taux de mortalité par suicide très faible (un sur 207) : 0,5 %.

Dans la population étudiée, 66 % des patients s'estiment en bonne santé, 20 % en assez bonne santé (troubles somatiques légers<sup>6</sup> 10 % et psychiques légers<sup>7</sup> 10 %), et 12 % s'estiment en mauvaise santé (maladie somatique 9 %, affection psychiatrique<sup>8</sup> 3 %). Trois patients (2 %) se déclarent dépendants aux toxiques, tous

des FM. Seules cinq patientes de notre cohorte sont infectées par le VIH, toutes des MF.

#### 5.13. Suivi médical spécialisé en postopératoire

L'immense majorité des patients (92,5 %) continuent à être suivis médicalement en postopératoire. Ils sont 66,5 % à être suivis uniquement par l'endocrinologue. Ils sont 26 % à être suivis par un généraliste pour la délivrance des hormones. Seuls 8 % des patients sont aussi suivis par un psychiatre en postopératoire, contre 4 % seulement parmi les FM. Cependant, 7,5 % des patients opérés n'ont plus aucun suivi et ne prennent plus aucune hormone, taux quasi-identique parmi les FM : 6 %.

#### 5.14. Satisfaction chirurgicale

Soixante pour cent des patients s'estiment satisfaits de la chirurgie, 25 % s'estiment insatisfaits et 15 % ont une opinion mitigée sur la question. La majorité des MF (65,5 %) se déclarent satisfaites de la chirurgie, contre 58 % des FM. Ils ont en moyenne le même taux de satisfaction mitigée (autour de 15 %). Les FM (26,5 %) se déclarent plus insatisfaits que les MF (20 %).

Pour ceux qui se déclarent soit partiellement soit entièrement insatisfaits (40 %), l'insatisfaction est liée pour 71 % d'entre eux à l'esthétique. Les FM se plaignent en particulier de la cicatrice au torse, mais aussi du manque de fonctionnalité de la phallo-plastie pour 46 % d'entre eux. En effet, ils sont 40 % à n'avoir réalisé ni phallo-plastie ni prothèse érectile. Parmi les FM (60 %) ayant réalisé une phallo-plastie, 12,5 % d'entre eux ont dû subir une nouvelle intervention afin d'effectuer des retouches. Parmi les 24 % de FM ayant fait poser une prothèse érectile, 56 % ont dû subir une seconde opération sur cette prothèse. Enfin, parmi les 14 patients (10,5 %) ayant subi une urétroplastie (déviation urinaire), 86 % de ces patients ont dû subir une nouvelle intervention sur l'urétroplastie. Seuls 5 % des patients se plaignent encore de douleurs.

#### 5.15. Devenir juridique

##### 5.15.1. Changement d'état civil

Environ 83,5 % des patients interrogés ont effectué avec facilité leur changement d'état civil (modification du prénom et du sexe) ; 14,5 % des patients interrogés sont en cours de changement d'identité, soit parce que leur THC est récente (2009), soit parce que leur pays d'origine (Équateur, Mexique, Cameroun, Colombie ou Italie) leur fait des difficultés pour obtenir ce changement d'état civil. Cependant, quatre patients (2 %) n'ont pas demandé à changer d'identité malgré une THC ancienne. Ce sont trois FM et un MF.

##### 5.15.2. Poursuite judiciaire

Un taux de 4,5 % ( $n = 9$ ) de la population interrogée a été poursuivie pour infractions à la loi. Tous ces patients sont des FM. Les infractions sont diverses : trois patients sont poursuivis pour violence sur autrui, deux pour harcèlement, deux pour conduite en état d'ivresse, un pour excès de vitesse, et un dernier pour vol simple.

#### 5.16. Regret postopératoire

Quatre-vingt-quinze pour cent des patients ne regrettent absolument pas la THC. Cependant, 4,5 % des patients disent avoir parfois regretté, surtout au regard des résultats chirurgicaux. Seuls deux patients regrettent globalement leur transformation. L'un d'eux a d'ailleurs demandé à revenir en arrière (un MF). Les patients qui n'ont pas effectué de changement d'identité sont inclus dans ceux qui regrettent.

<sup>5</sup> Deux cent sept patients car les résultats donnés au préalable n'ont concerné que les patients vivants, soit 204 patients.

<sup>6</sup> La présence de cholestérol, d'hypertension, d'ostéoporose, d'asthme ou de psoriasis.

<sup>7</sup> L'insomnie, l'anxiété, des phobies ou la dépression (antidépresseurs).

<sup>8</sup> Des troubles bipolaires, la prise de neuroleptiques ou des dépressions sévères ayant entraîné une tentative de suicide et/ou une hospitalisation en milieu psychiatrique.

D'un point de vue qualitatif, nous avons posé une question ouverte aux patients sur la façon dont leur vie avait changé depuis l'opération. Ils ont souligné l'ouverture psychique et sociale que l'opération leur avait permise : « Fini la honte, la parano, la peur d'être surpris » disent-ils. Beaucoup ont décrit un élan de vie retrouvé, une capacité à faire des projets et à les réaliser. Certains ont regretté de n'avoir pas consulté plus tôt. Beaucoup ont décrit des retrouvailles avec eux-mêmes, une renaissance, voire une naissance, un regain de confiance en soi, une possibilité de s'affirmer. Certains ont dit commencer à vivre simplement et non survivre. Les termes fréquemment utilisés sont « victoire » et « liberté ».

## 6. Discussion

Nous comparons les résultats obtenus entre MF et FM avec ceux des autres études et à ceux de la population générale. Afin d'établir une comparaison avec la population générale française, nous avons utilisé les résultats de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en respectant la tranche d'âge des patients, c'est-à-dire de 24 à 64 ans inclus, quand cela était possible. Nous avons toujours cherché à comparer nos résultats aux plus récents de la population générale.

D'autres recherches ont été menées dans le monde afin de connaître le devenir des patients transsexuels opérés. La spécificité de notre recherche est qu'elle allie un nombre important de patients (207 patients) à un suivi de longue durée des patients opérés (de un à 19 ans). Le nombre de patients dans les cohortes précédemment étudiées est souvent moindre, voire bien moindre (autour de 30 patients) que la cohorte de notre recherche [1–3]. De plus, la plupart des études concernent la population transsexuelle des « devenues femmes » (MF). Or, notre étude concerne, pour deux tiers, une population transsexuelle de « devenues hommes » (FM).

Les résultats sur l'insertion professionnelle montrent que les FM sont mieux intégrés que les MF. Cela est vrai tant pour le taux d'activité que pour la stabilité professionnelle. Si l'on associe ces résultats au niveau d'étude préalable et à la distribution de l'emploi parmi les hommes et les femmes dans la population générale, nous expliquons cette différence. En effet, comme dans la population générale, plus le niveau d'étude est élevé, plus l'activité professionnelle est stable. Et dans la population générale, les filles sont plus nombreuses (70 %) à obtenir le baccalauréat que les garçons (60 %). Et comme dans la population générale, les hommes sont plus nombreux à occuper un emploi stable que les femmes (dix points d'écart). Ce constat nous amène à dire que les FM sont avantagés sur deux points : en tant que fille dans l'enfance, elles ont mieux réussi leur scolarité et, en tant qu'homme une fois adulte, ils profitent d'une meilleure insertion professionnelle.

Nos résultats concernant l'insertion professionnelle rejoignent ceux de Kuiper et Cohen-Kettenis [13]. Il trouve un taux d'activité professionnelle de 71 % chez les MF et de 83 % chez les FM. Il recense également une perte d'emploi (chez 13 % des patients) plus importante chez les MF.

Le taux d'activité générale de notre population est similaire au taux d'activité dans la population générale. Le taux de chômage est un peu plus élevé que dans la population générale. Cependant, les FM ont le même taux de chômage que la population générale (9 %). Il y a autant de patients qui occupent un emploi instable dans les deux groupes (FM et MF). L'influence du sexe ne joue pas sur ces données alors que dans la population générale, les femmes occupent deux fois plus un emploi instable que les hommes. Quant à la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprises » (mis sous le vocable « à leur compte »), il n'existe pas de différence entre nos deux groupes (FM et MF), alors que les hommes (8,7 %) de la population générale sont deux fois plus nombreux que les femmes (3,7 %) dans cette catégorie.

Concernant la vie familiale et conjugale, les FM sont mieux insérés dans des couples et des familles que les MF. Le taux de patients vivant seuls (38,5 %) est élevé. Dans la population générale, seuls 13 % des hommes et 19 % des femmes (en 2006) vivent seuls. Les MF de notre étude vivent majoritairement seules (55 %). Le taux de personnes vivant chez leur parent dans notre étude n'est pas supérieur à la moyenne nationale française.

Concernant le statut marital, les couples formés avec un transsexuel (MF ou FM) sont moins souvent mariés (23,5 %) que dans la population générale (49,7 % des hommes et 45 % des femmes sont mariés). Le taux de Pacs est très faible comparé à celui de la population générale. Le taux de divorces est plus bas dans notre population (4 %) que dans la population générale (autour de 7 %). Ce faible taux de divorces est corrélé au faible taux de mariages. En conclusion, les couples formés avec un transsexuel vivent majoritairement sans contrat, en union libre ; contrairement à l'étude de Wisniewski [28] qui trouvait 50 % des MF mariées sur une petite cohorte. Le taux de stabilité conjugale de notre population est un peu près similaire (61 % chez les FM et 41 % chez les MF) à celui des autres études. Eldh et al. [8] trouvent 58 % de patients mariés ou en couple stable ; Muirhead-Allwood et al. [17] en trouvent 55 %, et Lawrence [15] en trouve 62 %.

Quant à la composition des familles, les couples sans enfant sont beaucoup plus nombreux dans notre population (28 %) que dans la population générale (autour de 11 %). Les transsexuels sont beaucoup moins nombreux à avoir des enfants (27 %) que la population générale (60 %). Cependant, compte tenu de leur infertilité, on peut considérer qu'ils sont quand même nombreux à être parents.

Quant aux modalités pour devenir parent, elles sont diverses. Contrairement aux idées reçues, des hommes de naissance, père biologique (trois MF), ont accédé à la THC. Les aides médicales à la procréation en France sont offertes à la population transsexuelle. La plupart des enfants, élevés par un couple formé avec un transsexuel (FM), ont été conçus par un don de sperme réalisé en France grâce aux CECOS, en particulier celui de l'hôpital Cochin à Paris. Les enfants sont nombreux (35) et n'ont pas atteint la puberté dans notre cohorte. Cependant, il est rare que les couples aient parlé ouvertement du transsexualisme à leurs enfants. Même les enfants adoptés, aujourd'hui majeurs, ne savent pas toujours la vérité concernant le transsexualisme d'un de leur parent adoptif. L'accession à la parentalité se fait également par l'éducation des enfants de la compagne ou du compagnon actuel. Certains transsexuels beaux-parents sont en cours d'adoption de ces enfants quand le contexte le permet. L'accession à la parentalité via l'adoption d'enfants (non issus du conjoint) est rare et difficile : cinq couples ont adopté et un sixième est en cours. Une MF s'est vue refuser l'accès à l'adoption du fait de son transsexualisme. De fait, certains parents adoptifs disent n'avoir pas abordé leur transsexualisme auprès de la DASS afin d'adopter. Winiewski [28] rapporte un taux important (43 %) de MF devenues mères via l'adoption, mais sur une petite cohorte. Sinon, le don de sperme semble constituer pour les FM un moyen privilégié pour devenir parent. Le recours aux procréations « artisanales » est très peu usité par les patients de notre cohorte.

Nous observons une tendance globale à établir le constat d'un bienfait de la chirurgie sur les relations sociales en général. Les patients eux-mêmes décrivent un élan, une spontanéité plus forte vers l'autre après la chirurgie. Ils ressentent moins cette honte, cette hantise d'être surpris et leurs relations sociales s'en trouvent enrichies. Cependant, de nouveau, les MF pâtissent plus fréquemment de la détérioration de certaines relations sociales (autour de 10 %). L'amélioration des relations aux parents serait, d'après certains patients, due à l'obligation, devant le fait accompli, de céder sur leurs réticences. Quant à la fratrie, quand elle avait déjà épousé leurs causes avant la chirurgie, les relations restaient

inchangées (43 %), voire améliorées (34 %). Cependant, dans la fratrie, le changement de sexe d'un individu a pu faire éclater des jalousies et des rivalités. Quant aux amis et aux collègues, certains patients (autour de 15 %) ont parfois préféré ne rien dire de leur transformation. Cependant, quand ils ont suivi le changement, les relations avec ces derniers sont restées inchangées, voire améliorées. Il faut noter que certains patients MF ont décrit des exclusions sociales, voire un licenciement injustifié et des ruptures de contrats liés à leur transsexualisme. Cohen-Kettenis et Van Goozen [5] font le même constat : 68 % des personnes de leur cohorte disent ne pas avoir perdu leur relation ni avec la famille ni avec les amis, tandis que 21 % déplorent la perte d'au moins une personne. Dans notre cohorte, ce sont les parents et les fratries qui imposent le plus fermement de ruptures de contact (6 % des familles) et de manière plus importante parmi les MF (12 %). Seuls 3 % des amis ont rompu les contacts. Ce constat est retrouvé dans d'autres études [13].

Le constat global dépeint une amélioration de la vie sexuelle, en particulier pour le MF. Certaines déplorent (8,5 %) une détérioration de leur sexualité. Nous devons ici mettre en garde les patientes en préopératoire que le néovagin n'a pas toutes les propriétés d'un vagin de naissance. « L'entretien et la maintenance » de ce néovagin sont parfois lourds. Les suites opératoires sont souvent douloureuses. Seuls 15 % des patients indiquent n'avoir pas eu de vie sexuelle depuis l'opération. L'immense majorité des patients (85 %) connaissent une vie sexuelle en postopératoire, ce que constatent également Smith et al. [24] avec 88,5 % de leur cohorte.

Concernant la qualité de la vie sexuelle, le constat global est plutôt positif. Soixante-dix pour cent des patients s'estiment satisfaits de leur sexualité. Les MF sont plus généralement satisfaites de leur sexualité (83 %). Nous retrouvons des résultats assez semblables chez Wisniewski [28], il décrit 78 % de satisfaction sexuelle chez les MF opérées et 22 % d'insatisfaites. Le taux d'insatisfaction dans notre étude est plus faible, autour de 14 %. Ce résultat est un succès pour le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis (Pr Revol).

Quant à l'état psychique, il est la principale préoccupation des psychiatres. Rappelons que certains détracteurs de la THC estiment que les transsexuels sont psychotiques. D'après nos résultats, la population transsexuelle n'est pas plus à risque de comorbidité en postopératoire. Le taux de patients souffrant de maladies psychiques graves est faible.

Le suivi psychiatrique et/ou psychologique postopératoire ne concerne que 8 % des patients. Parmi eux, certains respectent le contrat moral avec le psychiatre évaluateur en le consultant une fois par an. Par conséquent, très peu de patients nécessitent un suivi psychiatrique postopératoire car ils n'en éprouvent pas le besoin [9]. Le bien-être psychique est donc généralisé, sauf pour 3 % de patients qui souffrent de pathologies psychiatriques avérées avec prise de psychotropes et/ou antécédents d'hospitalisations psychiatriques en postopératoire, et pour 2 % de patients dépendants aux toxiques en postopératoire. Tous ces patients sont des FM. Comme dans la population générale, les hommes souffrent plus fréquemment de troubles mentaux et sont majoritairement plus dépendants aux toxiques que les femmes. Le transsexuel opéré emprunte donc les habitudes même psychopathologiques de son sexe choisi et non de son sexe de naissance. Un seul décès est lié au suicide d'une MF. L'étude du dossier de ce patient nous apprend qu'il s'agissait d'un patient fragile, ayant des antécédents de multiples tentatives de suicide. Ce drame devrait nous amener à plus de circonspection devant des demandes de changement de sexe chez des patients qui imputent leurs anciennes tentatives de suicide au seul problème de genre et qui ont tendance à croire que tout sera résolu après la chirurgie. Le taux de mortalité par suicide dans notre étude est faible : un MF sur 207 patients, soit 0,5 %, comparé aux taux de suicide des autres

études : Eldh et al. [8] 2 %, Pauly [20] 3 %, Walinder et Thuwe 4 %, Randell [22] 6 %, et Sorensen [25] sur une petite cohorte 10 %. Cependant, une étude belge [6], sur 107 patients, quatre à sept ans après la chirurgie, ne retrouve aucun suicide. Malheureusement, le taux même faible de notre étude est bien plus élevé que dans la population générale : 16,2 suicides pour 100 000 habitants. Ce résultat nous conforte sur deux points : d'abord sur l'idée que les FM n'ont pas le même profil psychopathologique que les MF, ces derniers sont beaucoup plus fragiles, puis dans le choix de poursuivre les directives internationales demandant deux années de suivi psychiatrique avant toute décision. En effet, seul un psychiatre spécialisé est à même d'évaluer si les antécédents suicidaires sont à imputer soit à une pathologie psychiatrique (dépression, schizophrénie ou trouble de la personnalité), soit à la souffrance liée aux troubles du genre. Ce faible taux de mortalité par suicide conforte également le constat d'un mieux-être chez les patients en postopératoire car les tentatives de suicide sont légion dans la population des demandeurs de changement de sexe. Une récente étude [6] belge les a évaluées à 29,3 % (au moins 20 % chez la plupart des auteurs) avant la réaffectation et à 5,1 % après la THC.

Les deux décès par cancer ne sont pas, a priori, liés à la prise d'hormones. Les patients respectent dans leur grande majorité un suivi médical spécialisé en postopératoire (92,5 %). La prise d'hormones n'est pas anarchique dans notre population. Elle est prescrite et suivie par l'endocrinologue ou le généraliste. Ces derniers prennent de l'importance, car ils sont 26 % à délivrer les hormones dans le postopératoire. Cela devrait nous encourager à mieux les former sur le transsexualisme. Quant aux patients qui n'ont plus aucun suivi et ne prennent plus de traitement, cela nous interroge. Pourquoi ces patients ont-ils rompu le suivi médical spécialisé ? Pourquoi ne prennent-ils plus d'hormones ? Est-ce l'expression d'un regret ?

Quant au taux d'infection au VIH, il est globalement de 2,5 %, soit 7 % chez les MF et nul chez les FM. Le taux d'infection de notre population est bien supérieur au taux de 0,5 % dans la population générale. Ce taux est lié à la pratique de la prostitution et de l'usage concomitant de drogues dures. Comme dans la population générale, les femmes et les MF sont plus nombreuses à se prostituer que les hommes (non-homosexuels) et les FM. Cependant, le taux de notre étude est moyen par rapport aux taux observés chez les MF des autres études : la récente enquête de 2008 en France par Internet [23] donne 5,7 % de MF se déclarant infectés, celle d'Operario en 2008 aux États-Unis [18] donnait 14,7 % des MF chez les non-prostituées (27,3 % chez les prostituées), et celle de Herbst en 2008 aux États-Unis retrouve un taux moyen de 11,8 % (sur une revue de 18 études) [10]. Le taux retrouvé dans notre population est lié à un changement de pratique. Jusqu'en 2002, le chirurgien parisien en charge des vagino-plasties refusait d'opérer les patients VIH positif. Elles étaient adressées à Bordeaux. Ce taux aurait pu donc être supérieur. Nous pouvons conclure que les MF, comme les femmes dans la population générale, sont une population plus à risque de VIH car nous retrouvons plus souvent de la prostitution ou l'usage de drogues chez ces patients, contrairement aux hommes non homosexuels de la population générale ainsi qu'aux FM.

L'enquête montre que les patients sont majoritairement satisfaits de la chirurgie (60 %). Cependant, il existe un taux relativement important de mécontents. Si l'on cumule l'insatisfaction totale et partielle, nous obtenons 40 % d'insatisfaits, taux à peu près similaire dans les deux sexes. Le nombre de « retouches », d'interventions nécessaires à la réalisation complète du sexe choisi, est assez important et entraîne des insatisfactions notables. Dans la littérature, les taux de satisfaction diffèrent également entre les MF et les FM. Smith et al [24] décrivent une satisfaction chirurgicale bien plus importante chez les MF (70 %) que chez les



FM (29 %). Dans notre cohorte, la différence est moins flagrante puisque 65,5 % des MF sont satisfaits contre 58 % de FM. Cohen-Kettenis et Van Goozen [5] décrivent une satisfaction chirurgicale chez 40 % seulement des FM. Les taux de satisfaction de ces FM opérés en France sont donc bien meilleurs que ceux opérés à l'étranger.

Nous pourrions arguer que la chirurgie ne fait pas aussi bien que la nature et que l'insatisfaction est inhérente à ce projet car, bien sûr, la mastectomie laisse des cicatrices, l'emprunt de peau pour former la verge également et la « néoverge » n'est pas pénétrante sans prothèse érectile. Cependant, la satisfaction chirurgicale n'est pas liée à la satisfaction sexuelle. Les patients reconnaissent un plus fort taux de satisfaction sexuelle que chirurgicale. L'aspect de leurs organes ne les empêche pas d'avoir une vie sexuelle satisfaisante. La plupart de nos patients estiment à présent possible de se regarder dans un miroir, ce qui leur était impossible jusqu'alors, mais ce qu'ils y voient ne les satisfait pas complètement. Le leur ne vaudrait donc que pour les autres mais pas pour eux-mêmes.

Quant au devenir juridique, nous pouvons nous enthousiasmer des résultats de cette enquête. L'immense majorité des patients (83,5 %) a obtenu en France un changement d'état civil sans difficulté. Aucun patient n'a dû faire plusieurs demandes ou été débouté. Le certificat judiciaire établi par nos soins leur a permis d'obtenir un changement d'état civil sans difficulté dans différentes juridictions françaises. Nous déplorons que certains patients soient en butte à des difficultés d'obtention de changement d'état civil dans d'autres pays comme l'Italie, le Cameroun, le Mexique, la Colombie ou l'Équateur. Le fait que 2 % des patients n'aient pas demandé un changement d'état civil apparaît à nos yeux comme un échec. L'un d'eux a même demandé à revenir en arrière.

Seuls des FM (7 %) ont commis des délits. Aucun délit n'est mentionné parmi les MF. Cette tendance est similaire à la population générale : les hommes sont plus impliqués dans des délits que les femmes. Le transsexuel opéré emprunte donc encore une fois les habitus même psychopathologiques de son sexe choisi et non ceux de son sexe de naissance. Ces conclusions sont identiques à celles de Dhejne et al. [7]. Ils établissent que le taux de délit est plus élevé chez les FM que chez les femmes biologiques, alors qu'il est identique à ceux des hommes biologiques. A contrario, l'étude de Landen et al. [14] montre des taux opposés. Ils trouvent 9,7 % de MF poursuivis pour un délit et 6,1 % de FM.

Quant aux regrets postopératoires, ils sont heureusement rares dans notre population. Ils ont été transitoires dans 4 % des cas et continus pour 1 % des patients. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature [3,13–15,21,24]. La seule demande de retour au sexe de naissance est le fait d'un MF et représente 0,4 % de la population étudiée, soit identique au chiffre donné par Cohen-Kettenis et Van Goozen dans leur revue d'articles [5].

## 7. Biais méthodologique

Cette étude a une valeur descriptive évidente, mais il manque un moyen de comparer la population à elle-même. Idéalement, nous aurions dû recueillir ces données en préopératoire et les comparer au postopératoire. Nous estimons que les patients vont bien, voire mieux. Cependant, nous obtenons ces résultats seulement après la chirurgie. Le deuxième biais concerne la méthode. Nous avons préféré utiliser un autoquestionnaire. La plus grande partie des patients y ont répondu par courrier. De ce fait, nous n'avons qu'une appréciation subjective du patient et non une évaluation via des tests de personnalité, des échelles d'anxiété ou de dépression. De ce fait, les résultats sont peut-être majorés dans le sens d'un mieux-être.

Le troisième biais est inhérent à chaque étude de ce genre. On peut nous faire le reproche d'avoir obtenu les réponses des patients allant le mieux psychiquement. Si on prend en compte les refus et les absences de réponse après trois relances comme étant le fait de patients ne souhaitant pas nous informer d'un sentiment d'erreur, ils ne représenteraient dans tous les cas que 8 % du panel.

## 8. Conclusion

Nous pouvons nous réjouir du nombre important de patients ayant participé à cette recherche.

Les résultats de cette étude montrent que l'insertion sociale des « devenus hommes » est bien meilleure, comme l'avaient déjà montré Smith et al. [24]. Il existe une meilleure insertion conjugale et familiale aussi parmi les FM. En effet, les « devenues hommes » vivent plus souvent en couple « hétérosexuel » avec des enfants à charge. Cette meilleure insertion sociale chez les FM est au prix, pour un certain nombre d'entre eux, de l'établissement d'un secret sur leur état de naissance. Quant à la sexualité, le constat global est plutôt positif. Les patients profitent largement de leur sexualité. Cette fois-ci, ce sont les « devenues femmes » qui en profitent le plus. Elles évoquent majoritairement une satisfaction sexuelle et une amélioration plus importante de leur sexualité depuis l'opération. De la même façon, ce sont les MF qui sont plus majoritairement satisfaites de la chirurgie. Cependant, notre étude montre que les « devenues femmes » sont plus souvent en situation d'échec sur le plan social. Il existe un taux de dépendance aux subsides sociaux plus important chez elles. De plus, elles (MF) vivent plus souvent seules et sont peu nombreuses à élever des enfants. Il est aussi plus fréquent qu'elles perdent le contact avec leurs proches après l'opération. De surcroît, la seule demande de retour au sexe de naissance est issue d'un MF et le seul décès par suicide est le fait d'une MF. Quant au comportement psychopathologique, il est le plus souvent le fait des FM. Ils sont les seuls impliqués dans des délits, dépendants aux toxiques et plus nombreux en souffrance psychiatrique. En définitive, nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle le recours à la THC a permis une amélioration substantielle de la vie des sujets souffrant de dysphorie de genre, mais nous devons souligner que les « devenues femmes » posent la question de la prise en charge et du suivi psychologique de manière plus importante. Nous devons être plus attentifs aux demandes des hommes voulant devenir femmes, surtout sur le tard. Ceux-ci sont plus fragiles sur le plan psychologique et social.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Bonierbale M, Michel A, Lançon C. Devenir des transsexuels opérés. *Info Psychiatr* 2005;81:517–28.
- [2] Buffat J, Daverio PJ, Rüedi B. Revue de la littérature sur le thème du transsexualisme. *Rev Med Suisse* 2001;630.
- [3] Chiland C. Changer de sexe, illusion et réalité. Paris: Odile Jacob; 2011.
- [5] Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:263–71.
- [6] De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, Van Maele G, Selvaggi G, T'Sjoen G, et al. Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies* 2006;15:126–33.
- [7] Dhejne C, et al. Long-term follow-up of transsexuals persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *Plos one* 2011;6.
- [8] Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long-term follow-up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1997;31:39–45.
- [9] Fahrner EM, Kockott G, Duran G. Die psychosociale integration operierter transsexueller. *Nervenzarzt* 1987;58:340–8.
- [10] Freire Maresca A, et al. Infections sexuellement transmissibles (IST) dépistées au sein de la population transgenre suivie au CHU Ambroise Paré. In: Wilson



- K, et al., editors. *Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels*. Almeida: RICAI; 2007.
- [13] Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988;17:439–57.
- [14] Landen M, Walinder J, Lundström B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:189.
- [15] Lawrence A. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior* 2005;34:147–66.
- [17] Muirhead-Allwood SK, Royle MG, Young R. Sexuality and satisfaction with surgical results in male-to-female transsexuals. London: Poster session, XVI Biennial symposium of the Harry Benjamin international gender dysphoria association; 1999.
- [18] Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis. *J AIDS* 2008;48:97–103.
- [20] Pauly IB. Outcome of sex reassignment surgery transsexuals. *Aust N Z J Psychiatry* 1981;15:45–51.
- [21] Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. In: Bockting WO, Coleman E, editors. *Gender dysphoria*. Binghamton (NY): Interdisciplinary approaches in clinical Management, the Haworth Press; 1992.
- [22] Randell JB. Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1969 . p. 355–81.
- [23] Résultats d'une enquête exploratoire par Internet en 2007. In: *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juillet 2008.
- [24] Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Outcomes and predictors of sex reassignment. *Psychol Med* 2004;35:89–99.
- [25] Sorensen T. A follow-up study of operative transsexuals males. *Acta Psychiatr Scand* 1981;63:486–503.
- [28] Wisniewski AB, et al. Complete androgen insensitivity Syndrome: long-term medical surgical and psychosexual outcome. *J Endocrinol Metab* 2000;85: 2664–9.